

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

569

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Malvina GABOR

Née le 10 mai 1908, à Putna (Roumanie)

LES
FIBROMES DE L'OVAIRE
AVEC ASCITE

Président : M. HENRI MONDOR, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Malvina GABOR

Née le 10 mai 1908, à Putna (Roumanie)

LES
FIBROMES DE L'OVAIRE
AVEC ASCITE

Président : M. HENRI MONDOR, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Clinique de la tuberculose

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Clinique de cardiologie

Clinique de neuro-chirurgie

Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.

ROUVIÈRE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLÉRY-
 RADOT.

MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LÉVY-VALENSI.
 Henri BENARD.
 CHIRAY.

ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.

LEREBoullet.
 NOBÉCOURT.
 LAIGNEL-LAVASTINE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.

CUNÉO.
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.

VELTER.
 CHEVASSU.

COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LÉVY-SOLAL.

MOCQUOT.
 OMBRÉDANNE.
 HARVIER.

LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 M. VILLARET.

TROISIÈRE.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.

N...
 HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIÉ.
 VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.).. Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHTER..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE[™] DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.

M.M

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER...	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SÉZARY			

MM.

ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible témoignage de mon amour et de ma gratitude.

A MA SOEUR ET A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553012_0017

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI MONDOR

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a fait le grand honneur de la pré-
sider.*

*En témoignage de notre profonde recon-
naissance.*

A MADEMOISELLE LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

P. GAUTHIER-VILLARS

*En témoignage de notre profonde grati-
tude pour la grande bienveillance qu'elle a
montrée à notre égard.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

LES FIBROMES DE L'OVAIRE AVEC ASCITE

INTRODUCTION

Les fibromes de l'ovaire sont considérés comme une affection peu fréquente par certains auteurs. Nous avons eu l'occasion d'observer 5 cas de ce genre dans le Service de M. le Professeur MONDOR. D'après les statistiques de MARTIN, PFANNENSTIEL et DARTIGUES ils ne représentent que 2 à 3 % des tumeurs ovariennes. VAUTRIN, sur 192 tumeurs de l'ovaire, y compris les kystes, ne trouve que 5 fibromes. Par contre, le fibrome de l'ovaire est la plus fréquente des tumeurs solides de l'ovaire. BRIGGS, sur 49 tumeurs solides de l'ovaire, trouve 31 fibromes. Les auteurs étrangers, plus particulièrement anglo-saxons et italiens, en font l'apanage de la femme âgée. Pour certains auteurs français (PUECH), le maximum de fréquence coïnciderait avec l'acmé de la vie génitale. Mais, d'une façon générale, on peut dire que cette tumeur se rencontre à tous les âges et le Professeur MONDOR donne comme âge limite 10 à 80 ans.

Nous tenons à remercier ici M. le Professeur MONDOR, chirurgien de l'Hôpital Bichat, d'avoir inspiré et

guidé cette thèse et nous lui exprimons toute notre gratitude.

De même nous remercions vivement M^{lle} le Docteur P. GAUTHIER-VILLARS, Professeur agrégé, chef de Laboratoire de la Faculté, qui a bien voulu faire l'étude anatomo-pathologique de nos observations.

ÉTUDE CLINIQUE

L'évolution clinique est d'ordinaire silencieuse, et certains auteurs signalent la quasi-impossibilité du diagnostic. GUILLEMIN publie un cas où la malade avait été envoyée avec le diagnostic de hernie ombilicale étranglée.

Dans un cas de MARION on avait porté le diagnostic de kyste ovarien.

Nous avons particulièrement étudié cette question de diagnostic, et nous avons pu l'établir dans 3 cas sur 4 en nous basant sur l'importance de l'ascite, phénomène accompagnant fréquemment le fibrome de l'ovaire. Certains auteurs la considèrent comme un symptôme pathognomonique.

Le fibrome de l'ovaire est généralement une tumeur unilatérale, rarement bilatérale. On le voit, comme nous l'avons mentionné plus haut, aussi bien chez la jeune femme qu'à un âge avancé.

Les signes fonctionnels ne sont pas d'un grand recours. Le volume de la néoformation est sans importance au point de vue du diagnostic, une petite tumeur avec ébauche de torsion pouvant être très douloureuse, tandis qu'un fibrome énorme est très

bien supporté. Les modifications menstruelles sont un signe de faible valeur à cause de leur inconstance. Le Professeur MONDOR, dans son article paru dans *L'Orientation médicale* (1936), dit : « Les troubles de la menstruation ne peuvent avertir : ni aménorrhée, ni dysménorrhée, ni ménopause précoce ou retardée, ni sang post-ménopausique ne sont des signes réguliers. Dans 75 % des cas, la menstruation est inchangée. »

Par contre, les signes physiques sont d'une importance beaucoup plus grande. En présence d'une tumeur pelvienne unilatérale, mobile, de consistance ferme, avec un utérus normal et s'accompagnant d'ascite, il faut toujours penser à un fibrome de l'ovaire. Le Professeur MONDOR propose l'équation suivante : ascite et tumeur d'apparence bénigne, c'est un fibrome de l'ovaire.

Le traitement est toujours chirurgical.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tumeur fait généralement corps avec l'ovaire, mais elle peut aussi être appendue à cet organe, étant alors pour ainsi dire pédiculée deux fois.

Forme. — En ce qui concerne la forme, c'est celle de l'ovaire dans les tumeurs de petit volume, pour les tumeurs plus volumineuses elle est arrondie ou ovale, sa surface est lisse, peu bosselée. Rarement on peut voir une forme en haricot (fibromes bilatéraux, cas de MARSCHALL).

Volume. — Quant au volume, il est très variable. Certains fibromes peuvent atteindre un volume extraordinaire (150 kg.). Mais dans ces cas il s'agit des fibromes que les malades omettent de signaler à leur médecin.

Chez la malade de SPIEGELBERG (cité par MILLER), l'abdomen proéminait d'une façon extraordinaire et pendait sous une forme elliptique jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Son abdomen mesurait, du cartilage xiphoïdien au pubis, 103 cm.

Siège. — Petites, les tumeurs occupent le petit

bassin. Les tumeurs plus volumineuses montent dans la cavité abdominale. Dans les observations de CALMANN, DEUTSCH et PAPIN, la tumeur avait pénétré dans le mésosigmoïde.

HEINLEIN extirpe d'un sac herniaire gauche un fibrome allongé de 14 : 10 cm. (cité par MILLER).

Coloration. — La coloration superficielle est pour la plupart blanc nacré ou blanc mat, parfois gris blanchâtre, gris jaunâtre ou jaune rougeâtre. La tumeur géante de SPIEGELBERG était rouge foncé. L'intensité de la coloration rouge dépend d'ailleurs du nombre et du calibre des vaisseaux.

Consistance. — Les fibromes sont en général des néoformations très dures qui résistent au couteau. Plusieurs auteurs indiquent que l'incision de la tumeur provoque un grincement. La calcification donne une dureté pierreuse.

A la coupe, la tumeur présente un aspect caractéristique par sa couleur blanche, son aspect tendineux parfois nacré.

L'ascite. — C'est un phénomène qu'on rencontre fréquemment dans les fibromes de l'ovaire et certains auteurs le considèrent comme pathognomonique (POZZI, SINCLAIR, ROBERTO). Le symptôme est d'une grande importance pour le diagnostic et c'est lui qui nous a permis de reconnaître le fibrome de l'ovaire dans 3 cas sur 4.

L'ascite se rencontre, d'après PETERSON, LARNAUDIE, etc., dans 40 à 50 % des cas ; dans 72 % des cas pour CALMANN, ELFER, LIPPERT GLOCKNER, etc. Dans nos cas elle existe toujours.

WARREN, en étudiant la fréquence comparée de l'ascite dans les diverses tumeurs ovariennes, donne le tableau suivant :

Fibrome : ascite dans 50 % des cas.

Epithélioma solide : ascite dans 40 % des cas.

Sarcome : ascite dans 20 % des cas.

Kyste : ascite dans 7,9 % des cas.

L'abondance de l'ascite est le plus souvent moyenne ou petite, dans certains cas elle peut être importante, 16 litres dans un cas de MESTETS, 22 litres dans un cas d'OLSHAUSEN, 25 litres dans un cas de STRETH.

PATHOGÉNIE DE L'ASCITE

La question qui se pose maintenant est de savoir pourquoi les fibromes de l'utérus ne s'accompagnent pas de l'ascite que nous rencontrons pourtant dans les fibromes de l'ovaire.

MILLER considère l'ascite comme le premier signe cachectique provoqué par le fibrome (Fibromkachexie).

OLSHAUSEN explique la pathogénie de ce liquide par le fait que « la tumeur excite le péritoine environnant, provoquant ainsi une sécrétion plus intense, tandis que la capacité de résorption n'augmente pas dans la même mesure ».

PFANNENSTIEL incrimine des irritations chimiques, dues aux produits de métabolisme dans la tumeur, GRAFE et SCHÖBER admettent une simple irritation mécanique, NOBLE pense à la possibilité des modifications dégénératives des veines.

Dans les thèses de GUNDLACH, TEISSONNIÈRE et DELIGNY, toutes ces causes sont minutieusement détaillées. DELIGNY note que dans les fibromes volumineux l'ascite fait défaut, et il en conclut que ce sont uniquement les fibromes petits mobiles, bosselés qui, en

devenant un vrai corps étranger, irritent par ballonnement la séreuse et déterminent des lésions chroniques. Mais toutes ces hypothèses n'expliquent pas l'absence de l'ascite dans le kyste de l'ovaire et dans le fibrome de l'utérus.

GEIBEL (cité par MILLER) admet que la tumeur, riche en vaisseaux lymphatiques, permet le passage du liquide trop abondant dans la cavité abdominale. Dans 2 cas, GEIBEL fait l'expérience suivante : il pose la tumeur extirpée dans un récipient complètement sec. Après quelques heures, celui-ci est rempli d'un liquide jaune rosâtre.

Avant de discuter cette hypothèse, je crois utile de rappeler quelques notions histologiques concernant l'ovaire.

Nous savons que l'ovaire est tapissé d'un épithélium germinatif cylindrique ou cubique sans différenciation remarquable. Dans les kystes et même les invaginations on voit parfois une différenciation assez banale, c'est-à-dire l'épithélium devient cilié. Une autre différenciation peut consister dans la production de mucus. Si, comme WALDEYER l'a constaté il y a longtemps, cet épithélium germinatif entoure aussi les fibromes se développant aux dépens de l'ovaire, il est aisé d'admettre que ce soit cette couche germinative qui sécrète l'ascite. L'expérience de GEIBEL pourrait donc facilement s'expliquer par cette théorie. VAUTRIN et HOCHÉ constatent la présence de cet épithélium. Ils disent : « L'hypertrophie fibromateuse se passe tout entière dans la masse même de l'ovaire ; une

conséquence importante, c'est l'intégrité, la conservation de l'épithélium germinatif superficiel et par suite l'absence d'adhérences. »

Mais ces auteurs n'y voient pas l'origine de l'ascite.

LEPPSER, dans un article de 1935, dit : « Les raisons données par les manuels pour expliquer l'ascite ne me satisfont pas, car toutes sont applicables aux fibromes utérins qui ne donnent pas lieu à ce symptôme. » Et plus loin : « Ce qui m'a d'abord frappé, c'est l'énorme masse de liquide que ce revêtement peut sécréter quand il est protégé par son inclusion à l'intérieur d'un kyste. » Et encore : « Si l'épithélium peut sécréter tant de liquide quand il est enfermé dans un kyste, il n'y a pas de raison pour qu'il ne fasse pas de même à la surface de l'ovaire, à condition que les cellules soient intactes. Je crois pour cette raison que c'est l'épithélium de la surface des fibromes ovariens qui est responsable de l'ascite. C'est la distinction fondamentale qui les sépare des fibromes utérins. » Et en conclusion, l'auteur propose de grouper les fibromes, les fibromes kystiques et les kystes séreux simples de l'ovaire, sous la dénomination unique de « adénofibromes à cellules germinatives ».

OBSERVATIONS

(personnelles et inédites).

OBSERVATION 1.

M^{me} H..., entrée dans le Service le 11 avril 1934 pour des irrégularités des règles datant de 2 ans et augmentation du volume de son abdomen.

Cette augmentation s'est faite progressivement en même temps qu'apparaissaient quelques douleurs sans localisation précise.

A l'examen de l'abdomen on constate son volume anormal, avec déplissement partiel de l'ombilic, sans circulation collatérale. Mat à la percussion, le ventre est indolore à la palpation, dépressible ; dans l'hypocondre droit on sent une masse assez dure donnant le phénomène du glaçon mais non douloureuse.

Au toucher vaginal, col normal, corps de situation et de forme normales, facilement mobilisable. Les culs-de-sac sont dépressibles. On sent à droite une masse régulièrement arrondie, mobilisable avec les mouvements imprimés à l'utérus.

On intervient le 20 avril 1934 avec le diagnostic de fibrome de l'ovaire avec ascite, pour trouver une grosse tumeur de l'ovaire droit, avec torsion du pédicule (1/2 tour)

et ascite clair. Les annexes gauches sont normales. Ablation des annexes droites.

Examen histologique : tumeur très homogène formée de trousseaux fibreux juxtaposés. Les noyaux sont fusiformes, de petite taille, sans aucun aspect de dégénérescence maligne.

De vastes plages d'œdème se trouvent au centre du fragment, sans nécrose, sans hémorragies. Il n'existe pas de tissu musculaire lisse.

Diagnostic histologique : *fibrome œdémateux de l'ovaire*.

OBSERVATION 2.

M^{me} V..., 59 ans. Entre dans le Service le 30 janvier 1932 pour une augmentation du volume du ventre et métrorragies,

A l'opération, le 18 février 1932, on trouve un peu de liquide d'ascite et un gros fibrome sous-séreux, relié à l'utérus par un pédicule étroit, remontant jusque sous le foie.

De plus, on trouve un autre noyau sous-séreux au niveau de la corne droite et, enfin, expliquant l'ascite, un noyau fibromateux de l'ovaire gauche.

Hystérectomie subtotale.

Examen histologique : fibromyome, tout fait typique. L'épithélium germinatif n'est pas visible.

OBSERVATION 3.

M^{me} S..., 55 ans. Entre dans le Service le 2 mars 1936 parce que depuis un an le volume de son ventre a augmenté rapidement. La ménopause date de 5 ans.

A l'examen, ventre proéminent avec circulation colla-

térale et déplissement de l'ombilic. La palpation montre l'existence d'une grosse masse intra-abdominale, rénitente à droite, très dure à gauche. A la percussion, matité à la limite supérieure convexe, fixe, quelle que soit la position de la malade, surmontée d'une zone de tympanisme.

Le toucher vaginal permet de localiser cette énorme tumeur aux organes génitaux et on intervient le 13 mars.

A l'opération on trouve un très volumineux fibrome utérin de 12 kgr. 500, de consistance dure ou au contraire mollassse, pseudo-kystique suivant les points, parsemé de marbrures violacées ; de plus, on découvre une tumeur ovarienne solide de la taille d'une orange environ.

Suites opératoires normales.

Examen histologique : la tumeur ovarienne est un fibrome pur dépourvu de toute formation musculaire lisse.

L'épithélium germinatif est bien visible en surface, surtout au bord des cryptes profondes que séparent de petites bosselures. Au fond d'une de ces cryptes il est tapissé par quelques globules rouges et par une sérosité œdémateuse.

Le fibrome utérin est le siège d'un œdème massif avec de nombreuses plaques de nécrose aseptique. La calcification est marquée dans ce tissu de nécrose, mais il n'y a pas de formations ostéoïdes. Une réaction inflammatoire subaiguë banale apparaît au niveau du péritoine.

OBSERVATION 4.

M^{me} L..., 46 ans. Entrée dans le Service le 21 mars 1938 pour un syndrome douloureux abdominal ayant débuté la veille, brusquement par une douleur dans la fosse iliaque droite accompagnée de vomissements.

Cette crise douloureuse dura 4 à 5 heures, la malade ayant déjà présenté une crise analogue il y a 4 mois.

Dans les antécédents récents, on note également que quoique toujours réglée, la malade a constaté depuis environ 1 an une diminution de l'abondance des règles.

A l'examen : l'abdomen est météorisé ; la palpation rendue difficile par l'adiposité de la paroi abdominale, permet de percevoir à droite une grosse masse rénitente et lisse, donnant une sensation de fluctuation et mate à la percussion. La mobilisation de cette masse est aisée, mais extrêmement douloureuse. De plus, une douleur très vive est réveillée par la palpation au point de Mac Burney.

Le toucher bimanuel montre que la tumeur est mobile avec l'utérus. Elle s'étend à la région du flanc droit. Le col est normal.

La malade est mise en observation. La température est de 37°6 à 38°6.

On intervient le 30 mars. Peu d'ascite. Tumeur ovarienne mollassse, semi-liquide, siégeant à droite avec pédicule tordu deux fois sur lui-même. La tumeur adhère partiellement à la paroi abdominale antérieure.

Section du pédicule après détorsion, hémostase, fermeture sans drainage.

Suites normales. La température est retombée à 37° dès le 3^e jour.

Examen histologique : masse nécrotique imprégnée de sang et de très nombreux polynucléaires. On ne découvre aucune paroi kystique sur les fragments prélevés, les seuls éléments conservés étant ceux d'un tissu conjonctif fibreux dont les noyaux très allongés ne présentent pas de lésions dégénératives. Dans ces zones, l'aspect est celui d'un

fibrome, la majeure partie de la pièce étant en voie de nécrose hémorragique et suppuration massive.

OBSERVATION 5.

(Publiée par le Professeur MONDOR
dans le *Journal des Praticiens*, 1939.)

M^{me} D..., 60 ans. Entre le 2 février 1939 avec le diagnostic appendicite.

Les accidents ont débuté la veille à 3 heures de l'après-midi. En rentrant chez elle, la malade est prise brusquement, sans effort ni mouvement anormal d'une douleur atrocement vive dans la partie basse de l'abdomen. La douleur persiste toute la soirée et toute la nuit avec une intensité égale, courbe la malade en deux, la force de s'aliter. Pas de vomissements ni lipothymie, uniquement quelques nausées. Le lendemain matin, atténuation légère de la douleur, localisation toujours à droite. La malade a une selle normale. Toujours nausées sans vomissement.

Le médecin consulté la fait transporter à l'hôpital. Dans les antécédents, aucun élément d'orientation : 2 grossesses normales, depuis 10 ans, ménopause progressive et sans incidents. Depuis, pas de métrorragies. Pas de troubles urinaires, ni digestifs, ni douleurs. Jamais de crises antérieures analogues.

Examen : à l'arrivée, température à 39°, pouls 130, facies anxieux et fatigué.

La malade accuse une douleur spontanée d'extrême violence au maximum dans la fosse iliaque droite, étendue à l'abdomen sans irradiation. Le ventre présente une contraction manifeste avec un maximum dans la fosse iliaque

droite. L'hyperesthésie cutanée et la douleur à la pression y sont particulièrement intenses.

Le tableau est celui d'une appendicite avec péritonite.

Intervention immédiate.

Mac Burney. L'incision du péritoine laisse écouler un liquide rose abondant, témoignant d'un certain degré d'ascite libre. L'examen révèle une grosse masse violacée et dure qui paraît médiane.

Incision médiane sous-ombilicale. On découvre une tumeur du volume d'un pamplemousse développé sur l'ovaire gauche. Le pédicule, large et infarci n'est pas tordu.

Section et ligature du pédicule. Vérification de l'appendice qui est normal. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

La malade quitte le Service le 24^e jour, guérie.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un fibrome de l'ovaire typique avec persistance d'un épithélium germinatif en certains points. Dans les zones infarciées, armature tissulaire très grêle avec forte infiltration d'hématies.

CONCLUSIONS

1^o Les fibromes de l'ovaire sont des tumeurs bénignes ;

2^o L'ascite est un phénomène qu'on rencontre très fréquemment dans les fibromes de l'ovaire, il est très important pour le diagnostic ;

3^o Cette ascite est due à la sécrétion de l'épithélium germinatif qui tapisse la surface de la tumeur ;

4^o Une ascite accompagnant une tumeur d'apparence bénigne permet souvent de déceler un fibrome de l'ovaire.

Vu : Le Président de la thèse,

M. MONDOR.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- CUNNINGHAM. — La réaction des cellules bordant la cavité péritonéale, y compris l'épithélium germinatif de l'ovaire vis-à-vis des colorants vitaux (*Am. J. Anatomy*, 1922).
- DARTIGUES. — Etude des tumeurs solides de l'ovaire (*Revue de Gynéc. et Chir. abd.*, 1899).
- DARTIGUES et GRESSET. — Fibromes et kystes végétants des ovaires (*Néoplasmes*. Paris, 1925).
- DELIGNY. — De l'ascite dans les fibromes de l'ovaire (Thèse Lille, 1890).
- GUILLEMIN. — Volumineux fibrome de l'ovaire (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 1829).
- GUNDLACH. — De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariennes (Thèse Paris, 1887).
- HENRY (G.). — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire (Thèse Montpellier, 1919).
- KELLER. — L'activité normale et pathologique de l'épithélium germinatif de l'ovaire adulte (*Gynéc. et Obstétr.*, 1928).
- LEPPER. — L'étiologie des tumeurs fibro-kystiques (*Proc. Roy. Soc. Med. Londres*, 1935).
- MARSHALL (V. F.) et SWANTON (M. E.). — Fibrome de l'ovaire (*Wisconsin M. J.*, 1934).

- MASCIA. — Contributo allo studio dei fibromi ovariu (*Riv. d'Ostet. et Ginec. prat.*, 1935).
- MILLER. — Les fibromes de l'ovaire (*Handbuch der speziellen Anat. und Hist.* Henke und Lubarsch, 1937).
- MONDOR. — Sur les fibromes de l'ovaire (*L'Orientation médicale*, juin 1936).
- Les fibromes de l'ovaire (*Journal des Praticiens*, 1939).
- MORA. — Les tumeurs solides de l'ovaire (Thèse Paris, 1939).
- PUGLIATTI. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire et à leur histogénèse (*Ann. di Ostet. e Gynec.*, in *Journal de Chirurgie*, 1939).
- PUECH. — Les fibromes de l'ovaire (*Gazette des Hôpitaux*, 1905).
- RAFFAELE. — L'ascite rei tumori genitali femminili (*Arch. di Ostet. e Ginec.*, 1933).
- TEISSONNIÈRE. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire (Thèse Montpellier, 1909).
- VAUTRIN. — Fibromes et tératomes de l'ovaire (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1931).
- VAUTRIN et HOCHÉ. — Les fibromes de l'ovaire (*Rev. de Gynéc. et Chir. abd.*, 1909).
- WALDEYER. — *Virchows Arch. für path. Anat.*, t. 41.
- WARREN. — Ascites with ovarian tumors (*S. clin. Worth americ.*, 1931).

